UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 111

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PYOSALPINX HAUTS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 juillet 1913

PAR

Paul NÉOLLIER

Né à Millau (Aveyron), le 20 mai 1890

Interne des Hôpitaux d'Avignon

Répétiteur d'accouchements à la Maternité de Vaucluse

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse — De ROUVILLE, Prof.-adj., *Président.* ; GRANEL, Professeur. ; MASSABUAU, Agrégé. ; EUZIÈRE, Agrégé. — *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse, — Téléphone : 8-78

1913

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES PYOSALPINX HAUTS

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 111

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PYOSALPINX HAUTS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 juillet 1913

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

PAR

Paul NÉOLLIER

Né à Millau (Aveyron), le 20 mai 1890

Interne des Hôpitaux d'Avignon

Répétiteur d'accouchements à la Maternité de Vaucluse

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse	De ROUVILLE, Prof.-adj., *Président.*	
	GRANEL, Professeur.	
	MASSABUAU, Agrégé.	*Assesseurs*
	EUZIÈRE, Agrégé.	

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, — Téléphone : 8-78

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales	MM. GRASSET (O. ✲).
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O. ✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	RAUZIER.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT, HAMELIN (✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	LISBONNE (ch. d. f.).

Examinateurs de la thèse :

MM. DE ROUVILLE, Président.	MM. MASSABUAU, Agrégé.
GRANEL, Professeur.	EUZIÈRE, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de reconnaissance et de profonde affection.

A MES FRÈRES

A MON GRAND'PÈRE

A MON AMI, LE DOCTEUR COLLON

Dont j'ai pu pendant quelques années apprécier l'excellent cœur et le caractère loyal. Qu'il reçoive ici l'expression de ma plus sincère amitié.

P. NÉOLLIER.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. DE ROUVILLE

Que je remercie de l'estime et de l'intérêt qu'il m'a toujours témoignés.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANEL

Hommages respectueux.

A MES MAITRES

MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS
MASSABUAU ET EUZIÈRE

Hommages respectueux.

A TOUS MES MAITRES

DES HOPITAUX DE MONTPELLIER
ET D'AVIGNON

P. NÉOLLIER.

AVANT-PROPOS

Nous ne voudrions pas terminer nos études sans nous rappeler que nos seules forces n'auraient pas suffi à nous faire atteindre le but que nous touchons aujourd'hui.

C'est vis-à-vis de nos chers parents que nous avons contracté la plus grande dette de reconnaissance. Nous n'oublierons jamais que c'est à eux que nous devons d'être ce que nous sommes.

Notre père, par ses conseils judicieux, par son appui matériel de tous les instants, nous a empêché de connaître des difficultés insurmontables sans son dévouement. Nous n'avons pu jusqu'à ce jour le remercier que par les résultats heureux de nos examens, aujourd'hui il nous est permis de dire qu'il connaîtra la joie de voir que nous ne sommes pas un ingrat, nous savons bien que malgré nos efforts nous ne lui rendrons qu'une minime partie de ce qu'il a fait pour nous, mais nous espérons pouvoir lui prouver que nous avons compris la grandeur des sacrifices qu'il s'est imposés pour mener à bien la tâche qu'il avait entreprise.

Notre mère, toujours bonne, toujours indulgente, a su par ses doux conseils nous encourager dans nos études et nous sommes heureux de pouvoir lui assurer aujourd'hui que nous lui garderons toujours la plus grande part de notre cœur.

Nous remercions nos frères et notre grand'père de l'amitié qu'ils ont eue pour nous. Nous tâcherons de leur montrer que nous en sommes digne et nous les prions de recevoir l'expression de la grande affection que nous avons pour eux.

Immédiatement après notre famille c'est à nos maîtres que nous devons songer.

Monsieur le professeur de Rouville nous a suggéré l'idée de notre travail; c'est un maître dont nous aimions à suivre les cliniques et qui nous a appris une grande partie du peu que nous savons en gynécologie. Nous le remercions de l'estime qu'il nous a toujours portée et de la nouvelle preuve qu'il nous en donne aujourd'hui en acceptant la présidence de notre thèse.

Monsieur le professeur Granel nous a intéressé aux mœurs des êtres inférieurs : nous ne saurions oublier sa proverbiale bonté que nous avons pu apprécier au cours de l'un de nos examens. Nous le prions de vouloir bien accepter l'expression de notre profond respect et le remercions de faire partie de notre jury.

Nous avons eu le bonheur, avant et pendant notre internat, d'assister à quelques leçons des professeurs agrégés Massabuau et Euzière. Comme tous nos camarades nous avons pu apprécier l'éloquence et la clarté avec lesquelles ils traitaient leurs sujets de pathologie. Très affables aussi, ils ont accepté de faire partie du jury de notre thèse. Nous les en remercions de tout cœur.

Nous ne saurions oublier que c'est à Avignon que nous avons complété autant que possible notre bagage médical. Nos excellents maîtres, qui nous considéraient plus comme leur ami que comme leur interne, ont droit à toute notre reconnaissance ; et nous garderons toujours vivace le souvenir des docteurs Vincenti, Abelly, Lugan, Penne, Montagard, Pamard, Jacquet, Tartanson, Cassin, Brunschwig, qui nous ont à plusieurs reprises honoré de leur confiance.

Au début de notre internat nous avons été heureux de rencontrer de bons camarades qui ont dirigé nos pas hésitants. Que les docteurs Chabrol, Passelègue, Deffuant, Benoît, Martin reçoivent ici l'expression de notre vive sympathie.

Les nombreux mois d'internat communs avec le docteur Collon ont resserré les liens d'amitié qui nous unissaient déjà à Montpellier.

Nous adressons un cordial au revoir à nos excellents camarades des Hôpitaux d'Avignon, les docteurs Amalric, Deleuil, Fournier, dont les hasards de la vie nous ont séparé avant qu'une amitié profonde ait pu germer.

Messieurs les membres de la Commission administrative des Hospices et Hôpitaux d'Avignon nous ont réservé, pendant les deux ans de notre internat, le meilleur accueil. Nous ne saurions trop les en remercier et nous leur adressons l'expression de notre plus profond respect.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PYOSALPINX HAUTS

INTRODUCTION

Au temps où l'asepsie et l'antisepsie étaient encore à l'état d'ébauche, la chirurgie n'était pas arrivée au degré de perfection qu'elle atteint aujourd'hui, et les chirurgiens ne connaissaient que très imparfaitement la salpingite.

Astruc, au milieu du XVIII[e] siècle, Portal, au commencement du XIX[e], furent les premiers à parler des affections de la trompe.

En 1859, Aran prouva que l'infection commençait à envahir la cavité utérine et ne se propageait que secondairement à la trompe.

Mais on ne donna aux salpingites la place qu'elles méritaient que lorsque Lawson Tait eut, en 1872, fait heureusement sa première ablation des annexes malades. Terrillon, en France, ne tarda pas à imiter le chirurgien

anglais. De nombreux travaux sur les salpingites virent le jour.

Mais à mesure que la question fut creusée davantage, on vit que le diagnostic n'était pas toujours simple et qu'il y avait lieu de tenir compte d'un nouveau facteur : la mobilité des trompes. On conçoit très bien qu'un organe aussi mobile suive les mouvements de l'utérus ou des ovaires, prenne une position anormale, s'enflamme et se fixe dans cette nouvelle situation, créant ainsi une nouvelle variété de salpingites connue seulement depuis peu.

Montprofit, en 1888, Terrillon, en 1898, s'étaient contentés de mentionner la possibilité pour les trompes de se déplacer au point de donner lieu à des erreurs de diagnostic en somme excusables. En 1900, Villard étudia complètement, à la Société de chirurgie de Lyon, cette forme de salpingite qu'il baptisa du nom de salpingite haute.

Quelques observations furent publiées depuis, et Pinatzis, élève de Villard, en réunit 20 cas dans sa thèse parue en 1907. Il montra que par leur symptomatologie différente des salpingites ordinaires, par la difficulté de leur diagnostic, par la technique opératoire spéciale, les salpingites hautes méritent de constituer un groupe bien défini digne d'être étudié à part.

Tout récemment, M. le professeur de Rouville a observé dans son service hospitalier deux cas de pyosalpinx hauts. Il nous a permis de les publier et d'en faire ainsi le sujet de notre thèse.

Après avoir rapporté ces deux observations, nous rappellerons quelques considérations anatomiques : nous chercherons à expliquer comment la trompe a pu se fixer dans une position anormale ; nous reconnaîtrons dans

les agents pathogènes de ces pyosalpinx hauts les micro-organismes habituels des infections génitales et nous pourrons en quelques lignes étudier par quelles voies ils arrivent jusqu'au niveau des trompes.

Dans un autre chapitre nous étudierons les symptômes des pyosalpinx hauts et nous discuterons les divers diagnostics susceptibles d'être posés. Dans un court paragraphe nous étudierons la complication la plus importante.

Enfin, nous résumerons la technique du traitement chirurgical après avoir indiqué cependant les grandes lignes du traitement médical.

OBSERVATIONS

Observation I

(M. de Rouville. — Service de Gynécologie.)

Mme Marie C..., 40 ans, entre à l'hôpital le 1er février 1912 pour douleurs abdominales, souffre de son ventre depuis le 13 octobre. A cette date, ses règles se sont brusquement arrêtées, la malade ayant touché de l'eau froide en pleine période menstruelle. Elle souffrait habituellement du ventre avant ou après ses règles. Réglée à neuf ans régulièrement : durée 3 à 4 jours.

Antécédents héréditaires. — N'a pas connu ses parents ; ignore si elle a des frères et des sœurs.

Personnels. — Jamais aucune maladie, migraine fréquente. Règles très fortes depuis deux ans avec quelques caillots, pas de pertes blanches.

Mariée à 20 ans. Très nerveuse ; s'adonne à l'éther depuis 20 ans, abuse également du laudanum. Pas de crises avec perte de connaissance. Grands égarements fréquents.

Examen. — Tumeur du volume d'un œuf de dinde dans le flanc gauche, très visible à jour frisant : cette tumeur est très dure, mobile, elle n'est pas dans la paroi. Elle est séparée par un sillon très net, perceptible à la palpation, de l'utérus gros, remontant à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse.

Au toucher : une grosse tumeur, dure, fibreuse, remplit le Douglas, refoule le cul-de-sac postérieur ; le col utérin est aplati en avant et refoulé contre la symphyse par la tumeur postérieure. Cette tumeur tient à l'utérus (fibrome de la partie postérieure de l'isthme). L'hystérométrie est impossible. L'hystéromètre monte à deux centimètres et ne progresse plus.

Intervention le 13 février : Laparotomie, dès l'ouverture de la cavité abdominale on est bridé par de nombreuses adhérences ; on parvient, cependant, mais très difficilement à isoler un fibrome, du volume de deux poings, basculé dans le Douglas. Pendant cette manœuvre s'ouvre une poche purulente située à gauche et très haut ; cette poche est très volumineuse, elle contient un pus jaune, bien lié, très fétide. On la vide progressivement après s'être protégé par des compresses ; cette poche, que l'on reconnaît être la trompe, adhère à l'épiploon et à l'anse oméga, de telle façon qu'elle ne peut être complètement libérée. M. de Rouville en résèque, néanmoins, la plus grande partie ; après drainage du restant, on protège la cavité abdominale ; on suture l'épiploon aux parois du petit bassin. Drainage du Douglas. Suture à trois plans.

Le pus examiné est très riche en streptocoques.

Observation II

(Service de M. le professeur de Rouville.)

Mme B..., 50 ans.

Entrée le 4 avril 1913 pour douleurs prédominantes à gauche. Température élevée 39°9.

Rien à noter au point de vue héréditaire. Pas d'antécédents personnels autres que des bronchites faciles.

Réglée à 14 ans : règles abondantes, durant 8 jours, sans caillots, non douloureuses. Mariée à 27 ans. Peu après, avortement à un mois et demi, pas de complications. La malade est restée en assez bonne santé pendant trois mois, sauf quelques douleurs dans l'abdomen. Au bout de ce temps, douleur brusque à gauche, phénomènes de péritonite aiguë. La malade s'est remise très lentement, mais à peu près complètement. Quinze mois après, accouchement à terme, terminé par un forceps. Suites normales. Depuis ces accidents, les règles sont plus abondantes et renferment quelques caillots. Quelques pertes blanches. L'abdomen est resté gros.

Maladie actuelle. — Le 28 janvier 1913, la malade jusque là bien portante, a commencé à souffrir du côté gauche de l'abdomen, douleur continue, sourde, peu intense au début, non influencée par le repos. La malade est restée debout quelques jours : sa température n'a pas été prise à ce moment-là. Elle n'a pas eu de frissons ; jusque là ses règles étaient normales. La malade s'est mise au lit le 4 février, les douleurs devenant atroces.

La température a été prise à ce moment-là, elle était élevée et l'est restée tout le temps avec parfois rémission matinale assez marquée, mais irrégulière. Les règles sont survenues à ce moment là avec quelques jours de retard : elles ont été très abondantes et ont duré 8 à 10 jours.

Quelques jours après, brusquement, la malade à eu des pertes purulentes qui ont persisté jusqu'au moment de son entrée à la villa Fournier.

La malade ne tousse ni ne crache. Bronchites faciles. L'appétit est conservé et les digestions sont normales. Cependant, depuis que la malade a de la température, l'appétit a diminué : elle a plusieurs selles décolorées par jour. Pas de douleurs à la miction ; urines normales. Femme habituellement nerveuse : pas de crises.

Examen. — Abdomen saillant, présentant une tumeur assez bien dessinée à gauche. Palper très douloureux, révélant la présence d'une masse dure et assez mobile à gauche de la ligne médiane. Au toucher on constate que le périnée et le vagin sont normaux. Le col est un peu gros, entr'ouvert ; on pourrait pénétrer dans l'utérus en insistant très peu. L'utérus est mobile. Dans le cul-de-sac gauche, masse bombant très haut, de consistance rénitente, séparée de l'utérus par un sillon assez net, et paraissant douée d'une certaine mobilité que l'on pense être une pseudo mobilité, la tumeur ballotant avec les anses intestinales qui lui adhèrent. Rien dans le cul-de-sac droit ni dans le Douglas.

L'exploration minutieuse du vagin ne révèle la présence d'aucune fistule ; l'écoulement purulent se fait par l'utérus. Depuis que ce drainage partiel spontané s'est produit, la température de la malade a baissé aux environs de 38° sans grandes oscillations.

Laparotomie le 10 avril 1913. On tombe sur un péritoine

très épaissi et enflammé, adhérent à la tumeur qui est située très haut dans le ventre. Celle-ci est adhérente de toutes parts à l'intestin et sa libération est excessivement laborieuse, ce qui confirme l'hypothèse émise de pseudo-mobilité. La poche purulente s'ouvre au cours de l'intervention et les difficultés sont telles qu'on songe à faire une simple marsupialisation. Cependant on finit par arriver à libérer la poche et à l'extirper. On laisse l'utérus et les annexes droites qui sont saines ; l'appendice n'a rien. Lavage du péritoine à l'éther. Suture et drainage. Suites bonnes.

La malade sort en bon état, la plaie abdominale ne suppurant à peu près plus, le 25 mai 1913.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

Les trompes ou oviductes s'étendent transversalement de part et d'autre de l'utérus : elles contribuent à former le bord supérieur du ligament large, et se trouve par conséquent directement en rapport avec l'intestin.

Lorsqu'on ouvre la cavité abdominale, tandis qu'à droite les trompes sont directement visibles, à gauche au contraire, elles sont le plus souvent cachées par l'anse sigmoïde et son méso qui peuvent pénétrer dans l'excavation plus ou moins profondément, soit dans le cul-de-sac de Douglas, soit dans le cul-de-sac vésico-utérin ; la trompe entre ainsi plus ou moins complètement en contact immédiat avec la surface sigmoïdienne.

Les trompes dont la direction habituelle est transversale avec concavité postéro-interne, sont des organes essentiellement mobiles ; leur position varie avec les déplacements du corps utérin, avec le degré de replétion de la vessie ou du rectum.

Les trompes dont le diamètre est à peu près uniforme, peuvent être divisées en deux parties, une interne, l'isthme de Barkow, communiquant avec la cavité utérine par l'ostium utérinum, l'autre externe, l'ampoule de Henle,

qui se termine par un pavillon entouré de franges, au centre duquel un orifice, l'ostium abdominale, fait communiquer la cavité de la trompe avec la cavité péritonéale. Cette dernière portion est très dilatable et c'est là que se développent les pyosalpinx : ces parois se laissent encore distendre lors d'une grossesse extra-utérine.

Les deux orifices, que nous avons vu exister à chaque extrémité de la trompe, sont susceptibles de s'oblitérer dans les inflammations tubaires, l'interne par suite de la tuméfaction de la muqueuse ; l'externe par hypertrophie des franges ou par péritonite adhésive.

L'inflammation résulte d'une infection et cette infection peut se propager aux organes avoisinant les trompes, au cœcum et à l'appendice, à la vessie, surtout à l'anse sigmoïde.

Nous venons de voir que cette anse avait des rapports de contact direct avec la trompe gauche. Ce contact direct peut être utilisé par l'infection pour se transmettre de l'appareil génital à l'appareil intestinal. Mais il y a d'autres voies de communication d'ordre anatomique et d'ordre pathologique.

Les voies anatomiques seront :

La *voie séreuse :* et l'on a décrit des ligaments, ligament infundibulo-colique, ligament infundibulo-pelvien, qui s'étendant de la trompe au côlon, et aux parois du bassin, permettraient facilement à l'infection de se propager ;

La *voie lymphatique :* et l'infection peut enflammer le tissu cellulaire du ligament large, par l'intermédiaire des lymphatiques péri-utérins ;

La voie *sous séreuse :* du ligament large, l'infection peut gagner le tissu cellulaire sous-péritonéal, et il se

formera la variété de salpingites hautes, que nous étudierons sous le nom de pseudo-phlegmon du ligament large.

D'une façon accidentelle les adhérences créent entre ces organes, trompe et sigmoïde, des relations d'ordre pathologique. Les annexes gauches adhèrent surtout à la deuxième et à la troisième portion du sigmoïde, tandis que les annexes droites, qui contractent moins souvent des adhérences, et seulement lorsque l'anse sigmoïde dépasse la ligne médiane, se trouvent plus souvent réunies à la portion terminale de ce segment intestinal.

Dans le chapitre pathogénie nous étudierons le rôle important joué par la mobilité des annexes pour contribuer à la formation de la situation élevée de la trompe.

CONDITIONS PATHOGÉNIQUES ET ÉTIOLOGIQUES

Nous avons donné le nom de pyosalpinx haut à une salpingite dont le siège serait dans une fosse iliaque. Il faut donc qu'il y ait eu déplacement de la trompe et fixation dans une situation anormale.

Nous allons étudier le processus de formation des adhérences, les conditions nécessaires pour que la trompe enflammée puisse donner naissance à un pyosalpinx haut et enfin quels sont les agents habituels de l'infection.

Etant données les relations anatomiques que nous venons de voir exister entre les annexes gauches et l'anse sigmoïde, il n'est pas étonnant de voir certaines annexites déterminer l'inflammation de ce segment intestinal. De même on trouve des sigmoïdites s'accompagnant de complications annexielles. Pour que ce flirt entre ces divers organes dégénère en union, il est nécessaire qu'un facteur important, l'infection, intervienne.

Sans infection, pas d'inflammation et par suite pas de péritonite plastique, pas d'adhérences.

Le plus souvent chacun de ces deux organes contribue

à créer cette péritonite adhésive : il y a prédisposition de ce péritoine qui se trouve placé entre deux infections, l'une qui lui vient des organes génitaux internes, l'autre de l'anse sigmoïde, où séjournent, où se dessèchent les matières fécales accumulées chez ces gynécologiques qui sont presque toujours des constipées.

Que l'infection parte des annexes ou de l'anse sigmoïde, il y a péritonite plastique du revêtement séreux de l'anse oméga et formation de fausses membranes qui aboutiront à la constitution d'adhérences entre ces organes.

Quelle est la voie suivie par l'infection? l'accord ne semble pas fait sur ce point. Tandis que Poulain admet la voie péritonéale à l'exclusion de toutes les autres, Albrecht pense qu'un rôle important est dévolu à la voie de contact direct et à la voie sous séreuse, Pozzi et Faure font intervenir les lymphatiques néoformés dans les adhérences anciennes. Il semble que l'on doive être éclectique et si toutes les voies peuvent être suivies, la plus courte, celle de contact direct, paraît être la plus fréquemment utilisée.

Généralement chez une femme atteinte d'annexite et de périannexite le revêtement péritonéal de l'anse sigmoïde s'enflamme à son tour : il y a formation d'un exsudat qui tapisse la surface enflammée; cet exsudat donne des adhérences, qui d'abord molles ne tardent pas à devenir plus résistantes, réunissant ainsi la trompe aux organes qui se trouvaient à son contact. Les deux séreuses s'unissent contre l'infection, la production des adhérences semble marquer une véritable guérison par limitation de l'infection. La trompe et l'anse sigmoïde étant ainsi adhérentes, l'ostium abdominale peut s'oblitérer et la salpingite peut se transformer, si l'ostium uterinum devient imperméable en un pyosalpinx occu-

pant une position exceptionnelle pour un pyosalpinx formé avant l'établissement des adhérences, car sous l'influence de la pesanteur, il aurait plutôt tendance à tomber dans le Douglas.

Si l'ostium utérinum reste perméable il peut y avoir évacuation du contenu de la trompe à travers cet orifice, et non formation d'une salpingite haute enkystée comme dans le cas précédent.

L'oblitération de l'ostium abdominale peut n'être pas suivie immédiatement d'une salpingite enkystée et il faudra l'influence d'une nouvelle infection pour donner naissance à une manifestation aiguë importante. Enfin il est des cas où l'ostium abdominale n'a pas le temps de s'opposer par sa fermeture à la propagation de l'infection qui arrive dans le péritoine et constitue un pseudo phlegmon du ligament large.

Les deux variétés que nous avons pu distinguer au point de vue pathogénique, la salpingite haute enkystée, et le pseudo phlegmon du ligament large, resteront encore distinctes symptomatiquement, et nous verrons que, dans cette dernière forme, les symptômes dus à la lésion tubaire sont masqués par les phénomènes péritonéaux.

Nous venons d'étudier le mode de fixation pathologique des annexes ; si nous examinons quelles sont les affections qui peuvent être accompagnées d'un déplacement suffisant de la trompe, nous verrons que ce changement de situation coexiste avec une augmentation de volume soit de l'utérus, soit de l'ovaire. Ainsi donc un kyste de l'ovaire, un volumineux fibrome de l'utérus pourront entraîner la trompe jusqu'à en faire un organe abdominal, première étape de la formation du pyosalpinx haut. Mais, à n'en pas douter, la cause la plus fréquente

est la grossesse. L'utérus cesse d'être organe pelvien et les trompes le suivent dans son mouvement ascensionnel : leur extrémité interne s'élève plus rapidement que leur extrémité externe de telle sorte que ces trompes qui étaient perpendiculaires à l'axe de la matrice deviennent de plus en plus obliques et finissent même par être presque parallèles aux bords utérins. En même temps le point d'insertion paraît s'abaisser et correspondre, à la fin de la grossesse, à la partie moyenne de l'organe gestateur. Cet abaissement n'est qu'apparent : cela tient à ce que le fond de l'utérus se développe davantage que le reste du corps.

Voici donc la trompe en position élevée ; pour qu'il y ait formation de pyosalpinx haut, il est nécessaire qu'elle ne suive pas le mouvement de régression de l'utérus et qu'elle reste un temps suffisant pour permettre aux adhérences de se constituer. On sait en effet, qu'aussitôt après la délivrance, l'utérus tend à descendre pour regagner sa place primitive et ce phénomène de régression, est connu sous le nom d'involution utérine : ce n'est que vers le 12e jour que le fond de l'utérus a disparu derrière la symphyse pubienne. La durée de l'évolution peut être plus grande que normalement et la cause la plus habituelle est l'infection puerpérale. Il est facile de comprendre que la trompe se trouvera en position d'autant plus élevée, que l'infection aura débuté à une époque plus rapprochée de l'accouchement. Le processus de péritonite adhésive intervient alors pour fixer définitivement la trompe dans sa nouvelle position.

Si nous cherchons quels sont les microorganismes les plus fréquemment rencontrés dans le pus des pyosalpinx, nous ne serons pas surpris de voir que ce sont précisément ceux qui sont les agents habituels de l'infection

puerpérale, c'est-à-dire le gonocoque et le streptocoque. Ces microbes se trouvaient sans doute dans les organes génitaux, vagin et utérus, au moment de l'accouchement. De là ils ont gagné la trompe, le gonocoque en empruntant la voie muqueuse, le streptocoque en suivant tantôt la muqueuse, tantôt les lymphatiques, tantôt les veines. Aux streptocoques se joignent quelquefois des colibacilles qui ont migré à travers les parois sigmoïdiennes et contribué à former un foyer de pelvi-péritonite suppurée.

Mais si le streptocoque et le gonocoque sont les agents le plus souvent rencontrés, il ne faut pas en conclure que tous les pyosalpinx sont d'origine streptococcique ou blennorragique; nous pouvons citer comme exemples les pyosalpinx qui ont été observés chez les vierges. Dans la majorité des cas, c'est le bacille de Koch qui doit être incriminé, cependant M. de Rouville a publié un cas de pyosalpinx chez une vierge où la culture du pus donna lieu au développement de colonies de staphylocoques et d'un diplocoque spécial qui n'était pas celui de Neisser.

Une dernière remarque vient naturellement à l'esprit et, à première vue, l'on s'explique difficilement comment il y a si peu de pyosalpinx hauts, alors que le nombre de salpingites post-partum est si considérable.

Il est probable que la solution de ce problème doit être fournie par une des trois raisons suivantes :

L'infection puerpérale survenant tardivement, après le douzième jour, n'atteint que des organes redevenus pelviens et la trompe a aussi repris sa place dans l'excavation.

Ou bien le processus inflammatoire peut, en n'arrivant pas jusqu'au péritoine, ne pas donner lieu à des adhérences.

Ou bien encore l'infection ayant été peu virulente, les adhérences ont été très légères, et il a pu se produire une résolution du travail adhésif.

En résumé, nous dirons que les deux conditions nécessaires sont la situation élevée de la trompe et la péritonite adhésive. La grossesse intervient souvent, mais non toujours ; le gonocoque et le streptocoque sont les agents habituels, mais non exclusifs de l'infection.

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC, COMPLICATIONS

Nous maintiendrons dans l'étude de la symptomatologie, la division que nous avons admise dans la pathogénie et nous décrirons les symptômes :

1° Du pseudo-phlegmon du ligament large ;

2° De la salpingite haute enkystée,

en faisant suivre chacun de ces paragraphes de quelques lignes indiquant les principaux diagnostics différentiels.

Avant d'aborder l'étude des signes cliniques, nous tenons à faire remarquer que dans bien des cas on aura une très grande difficulté à poser un diagnostic, qui bien souvent ne sera fait qu'à l'intervention chirurgicale. « Cela tient, dit F. Jayle, à la difficulté que l'on a à délimiter entre eux les divers segments pelviens de l'appareil digestif et les organes génitaux internes. L'erreur communément faite, consiste à attribuer à l'appareil génital et plus particulièrement à la trompe et à l'ovaire, les tuméfactions, empâtements et grosseurs qui appartiennent au tractus intestinal. Une seconde erreur consiste à méconnaître dans l'appréciation d'une lésion avérée de l'appareil génital, la participation concomitante des divers segments du tube digestif.

» Les anses intestinales grêles, le cœcum peuvent être prolabés dans le Douglas et adhérer aux trompes légèrement malades. Enfin, certaines lésions génitales, surtout les salpingo-ovarites suppurées gauches tendent à se développer sous le côlon pelvien dont elles se coiffent. De ce fait, la masse salpingo-ovarienne paraît plus grosse qu'elle ne l'est en réalité. Les lésions cancéreuses ou tuberculeuses du côlon pelvien, peuvent être méconnues et rapportées à une affection de la trompe ou de l'ovaire, lorsque des phénomènes de pelvi-péritonite ont fait un tout de l'appareil génital et du côlon pelvien.

Narr rapporte six observations de malades présentant des tumeurs abdominales que l'on avait diagnostiquées : cancer de l'ovaire ou kyste de l'ovaire à pédicule tordu, et qui à l'intervention furent reconnues être des tumeurs, surtout des cancers, développées aux dépens du côlon ou du cœcum.

« Ces cas où la tumeur intestinale ne s'était manifestée que par peu ou pas de symptômes propres seront toujours d'une interprétation beaucoup plus délicate et réserveront des surprises opératoires. »

Revenons à l'étude des symptômes des pyosalpinx hauts.

1° **Pseudo-phlegmon du ligament large.** — Pendant les deux ou trois semaines qui suivent un accouchement ou un avortement, on observe un peu de fièvre accompagnée de légers frissons : l'appétit est très diminué ; la malade se plaint de douleurs dans le bas-ventre ; on note un certain degré d'amaigrissement et d'anémie. Puis les douleurs deviennent plus violentes et siègent dans une fosse iliaque ; la température peut être élevée et atteindre 40°, le pouls devient rapide.

A la palpation, on sent une tumeur très dure, douloureuse, se former dans la fosse iliaque ; le toucher vaginal permet de reconnaître que l'utérus est mobile, et par conséquent, indépendant de cette tumeur qui, au moins au début, n'est pas atteinte par le doigt se portant dans le cul-de-sac ; plus tard, la tuméfaction augmentant de volume, on pourra voir qu'elle se continue avec le plastron que l'on sentait à travers la paroi abdominale.

L'évolution de ce pseudo-phlegmon peut revêtir deux types particuliers : les phénomènes péritonéaux s'aggravent au point de commander une intervention d'urgence ou bien les symptômes semblent s'amender et l'affection entre dans une phase chronique. Le chirurgien pourra prendre son temps et ; si l'évolution s'arrêtait dans sa marche vers la guérison, intervenir à froid.

Diagnostic. — L'affection qui se rapproche le plus du pseudo-phlegmon est le phlegmon du ligament large à type supérieur : le diagnostic est difficile ; les commémoratifs sont les mêmes : la tumeur abdominale existe dans l'un et l'autre cas, peut-être moins superficielle et moins bien limitée dans le pseudo-phlegmon que dans le phlegmon du ligament large : mais l'on reconnaîtra qu'il s'agit là d'une question de nuances. Peut être trouvera-t-on un indice en faveur du pseudo-phlegmon dans la mobilité de l'utérus qui, au contraire, est fixé dans l'autre cas.

Les tumeurs développées aux dépens de l'appareil génital, ne s'accompagnant pas de fièvre, seront facilement diagnostiquées.

Une hésitation est permise entre le pseudo-phlegmon et l'abcès appendiculaire ou bien entre le pseudo-phleg-

mon et les périsigmoïdites suppurées. Le début après un accouchement ou un avortement, l'absence de troubles intestinaux, de coliques appendiculaires, de douleur nettement localisée au point de Mac Burney, dans le cas d'appendicite, feront pencher le diagnostic en faveur du pseudo-phlegmon.

La psoïtis puerpérale s'accompagne d'une attitude vicieuse du membre inférieur, pathognomonique.

2° **Salpingite haute enkystée.** — Généralement après un accouchement on observe de la fièvre, des frissons : les lochies sont fétides ; puis les symptômes utérins disparaissent, et seuls quelques symptômes péritonéaux traduisent la formation des adhérences. La douleur, localisée dans une fosse iliaque est, dans la majorité des cas, calmée par le repos au lit. L'apparition des règles influe d'une façon variable sur la douleur qui est tantôt calmée, tantôt exaspérée.

La palpation, généralement douloureuse, permet de sentir une tumeur de volume variable au-dessus du ligament de Fallope, à deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, et cette constatation est importante pour le diagnostic.

Le toucher fait sentir un utérus normal quelquefois dévié ; le col peut être entr'ouvert. Les culs-de-sac sont libres, mais on peut abaisser la tumeur jusqu'à l'amener au contact du doigt vaginal, on éveille alors une sensation douloureuse.

L'évolution de la salpingite haute enkystée peut être rapide. Plus souvent une accalmie survient et il se produira une nouvelle poussée sous l'influence d'une nouvelle infection après plusieurs mois ou même plusieurs années.

Les adhérences entre l'intestin, l'épiploon, les organes génitaux, peuvent être telles qu'elles donnent lieu à une induration diffuse où l'on ne distingue aucun organe. Le diagnostic se pose surtout avec des affections des organes génitaux.

Les fibromes ne donnent pas de fièvre : ils ne sont pas indépendants de l'utérus.

Le kyste de l'ovaire est plus régulier : on peut y sentir la fluctuation ; on a une sensation de rénitence tandis que la tumeur formée par le pyosalpinx est dure.

Si la torsion du pédicule du kyste s'effectuait, le diagnostic deviendrait plus difficile et on se baserait sur les commémoratifs et sur l'absence de fièvre.

La grossesse extra utérine pourrait en imposer pour une salpingite haute ; mais l'absence de phénomènes infectieux et surtout l'aménorrhée permettront le diagnostic.

Le rein mobile qui peut occasionner des douleurs dans les mêmes régions que la salpingite haute présente une réductibilité pathognomonique.

Avec l'appendicite, le diagnostic est plus délicat. Les signes sont à peu près les mêmes. Par l'interrogatoire, on apprendra que dans ce cas les symptômes intestinaux ont été plus précoces et plus marqués. La douleur, nettement localisée au point de Mac Burney, fera pencher le diagnostic en faveur de l'appendicite. Coexistant avec le pyosalpinx haut, on trouvera les antécédents puerpéraux et quelquefois un léger degré de métrite.

Complications. — La complication la plus grave est la rupture du pyosalpinx qui s'ouvre ainsi dans le péritoine.

La rupture peut se produire à l'occasion d'un effort, mais ce sont les altérations de la trompe dont les parois

sont ulcérées ou amincies qui jouent le rôle important dans la rupture de la salpingite haute.

Le volume de ces poches purulentes peut ne pas être considérable. L'éclatement se produit souvent au niveau de l'interstice qui sépare les deux feuillets du méso-salpinx et on trouve là, soit une simple fissure, soit une véritable perforation.

Les symptômes sont ceux d'une péritonite généralisée. Au moment de la perforation, la malade ressent une vive douleur : puis surviennent les vomissements porracés : on observe une tendance très marquée à la syncope. Le facies devient péritonéal, le pouls incomptable, la température élevée. Le ventre est ballonné et surtout contracté. Le toucher montre l'utérus immobilisé.

La gravité de ces symptômes commande l'intervention immédiate, et nous verrons au chapitre suivant quelle doit être la conduite du chirurgien.

TRAITEMENT

Le traitement peut être médical ou chirurgical, mais ce dernier seul peut donner une guérison définitive. Le premier sera employé pour permettre au chirurgien d'intervenir dans de meilleures conditions, mais il y a des cas où on n'aura pas le temps de l'instituer et où l'opération devra être faite en pleine poussée inflammatoire.

Le traitement médical sera simple. La malade sera mise au repos absolu au lit. On débarrassera son intestin par des laxatifs répétés, et on agira sur le foyer enflammé par des irrigations rectales chaudes qui arriveront plus facilement au contact du pyosalpinx que les injections vaginales.

Pour le traitement chirurgical, nous avons le choix entre deux voies : voie abdominale, voie vaginale. Il vaut mieux ne jamais employer cette dernière, car les adhérences nécessitent, pour être traitées, une clarté du champ opératoire que l'on ne peut obtenir que par une laparotomie médiane sous-ombilicale. De plus par la voie abdominale, le chirurgien se rend mieux compte des lésions et peut, par un traitement conservateur approprié,

laisser à sa malade toutes les chances d'être fécondée à nouveau.

Lorsque le diagnostic sera ferme, et que l'on aura reconnu un pseudo-phlegmon du ligament large, l'incision de Roux, parallèle à l'arcade de Fallope, donnera accès sur la collection et permettra de la drainer suffisamment.

Si le diagnostic est resté en suspens, il vaudra mieux d'emblée recourir à laparotomie médiane que de se voir obligé d'agrandir l'incision au cours de l'intervention.

Si les adhérences ne sont pas trop fortes et qu'elles puissent se laisser déchirer sans danger pour l'intestin, on fera l'ablation de la poche. Le champ opératoire aura été protégé par des compresses pour éviter l'infection du péritoine. Le pyosalpinx étant enlevé, on jugera de l'état de l'utérus ou des annexes de l'autre côté et l'on appliquera autant que possible les règles de la chirurgie conservatrice. Enfin il est des cas où toute intervention radicale est impossible et l'on devra se résoudre au drainage ou à la marsupialisation de la poche.

Les symptômes de péritonite généralisée peuvent nécessiter une intervention d'urgence. En face d'une rupture de la trompe, le chirurgien procèdera à l'ablation, à moins que l'état général de la malade ne l'oblige à recourir à un simple et large drainage abdominal.

Après l'intervention, la malade sera remontée par les moyens habituels, sérum, caféine, éther, huile camphrée.

CONCLUSIONS

I. — La trompe peut se fixer dans une position anormale et donner naissance à des pyosalpinx hauts.

Deux conditions sont nécessaires :

1° La situation élevée de la trompe, réalisée surtout par la grossesse ;

2° La fixation dans cette situation, réalisée par la péritonite plastique aboutissant à la formation des adhérences.

II. — Le pyosalpinx haut se présente sous deux formes :

1° Pseudo-phlegmon du ligament large ;

2° Salpingite haute enkystée,

dont le diagnostic est à faire avec les nombreuses affections de la sphère génitale et de la région environnante.

III. — Le traitement sera chirurgical ; et mieux vaut pratiquer l'intervention à froid.

On donnera la préférence à la laparotomie médiane sous-ombilicale, et on pratiquera une opération radicale si possible, sinon on se contentera de la marsupialisation de la poche.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 18 juillet 1913.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 18 juillet 1913.
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

Pinatzis. — Des salpingites hautes (Thèse Lyon, 1907).

Castéra. — Rapports des annexites gauches avec l'anse sigmoïde et son méso (Thèse Bordeaux, 1911).

Poulain. — Sigmoïdites et inflammation des organes génitaux internes de la femme (Journal des Sciences médicales de Lille, mai, 1911).

Jayle (F.). — Des erreurs de diagnostic entre les affections de l'appareil génital de la femme et les affections intestinales (La Gynécologie, juillet 1910).

Narr. — Des difficultés de diagnostic dans le cas de tumeurs intestinales simulant des tumeurs à point de départ génital (Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, septembre 1911).

De Rouville. — Des pyosalpinx non tuberculeux chez les vierges (Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, 1911).

Lamouroux. — Rupture des pyosalpinx (La Gynécologie, 1910).

Montprofit. — Thèse Paris, 1888.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!